





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

تعیین هزینه کل بیماران مراجعه کننده به مراکز سرپایی دانشگاهی شهر قزوین ۱۳۹۶

استاد راهنما:

استاد سعید آصف زاده

استاد مشاور:

دکتر بهمن احدی نژاد

دانشجو:

سعید نوروزی

۱۳۹۷/۰۷/۰۸

مقدمه و بیان مسئله

بهره‌مندی از خدمات سلامت فشارهای مالی متفاوتی را بر مردم تحمیل می‌نماید (۱). بیماران، افراد و یا خانواده‌های دچار بیماری، برای پرداخت هزینه‌های سلامت، ناچارند بخش زیادی از منابع خود را بدهند و دچار مشکلات مالی می‌شوند (۲). در این صورت افراد و خانواده‌ها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از فقر اقتصادی، به عبارتی دیگر با هزینه‌های کمرشکن مواجه خواهند شد و به دام فقر ناشی از هزینه‌های سلامت خواهند افتاد (۳).

هر آنچه تحت عنوان هزینه‌های مراقبت سلامت یا هزینه‌های کمرشکن سلامت در اظهارات رسمی بیان می‌شود، معمولاً نگاه به هزینه‌های مستقیم پزشکی دارند. هزینه مراقبت سلامت (هزینه مستقیم پزشکی) تنها بخش کوچکی از مجموع هزینه‌های مرتبط با بیماری است (۴).

مقدمه و بیان مسئله

هزینه های ناشی از بیماری به دو دسته هزینه های مستقیم (پزشکی و غیرپزشکی) و غیر مستقیم تقسیم می شوند. این هزینه ها در داخل و خارج از بخش سلامت رخ می دهند (۵). هزینه های مستقیم (هزینه های خدمات به منظور تشخیص و درمان بیماری) و هزینه های غیر مستقیم (کاهش درآمد ناشی از کاهش بهره وری و ظرفیت کاری فرد بیمار) (۶, ۷).

از این رو بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه های بیمارستانی، علاوه بر هزینه های مستقیم پزشکی، متحمل هزینه های مستقیم غیر پزشکی و غیر مستقیم می شوند که محاسبه نمی شود و این هزینه ها بر میزان پرداخت از جیب بیماران می افزاید. با تعیین هزینه کل بیماران می توان مشاهده کرد که کدام بخش از هزینه ها سهم بیشتری را به خود اختصاص داده اند و در جهت کاهش آن ها گام برداشت و مداخله نمود.

اهداف پژوهش

□ هدف کلی:

تعیین هزینه کل بیماران مراجعه کننده به مراکز سرپایی دانشگاهی (درمانگاه های بیمارستان های آموزشی) شهر قزوین

□ اهداف اختصاصی:

✓ تعیین میانگین هزینه مستقیم پزشکی بیماران مراجعه کننده به مراکز سرپایی دانشگاهی (درمانگاه های بیمارستان های آموزشی) شهر قزوین در حین دریافت خدمت

✓ تعیین میانگین هزینه مستقیم غیر پزشکی بیماران مراجعه کننده به مراکز سرپایی دانشگاهی (درمانگاه های بیمارستان های آموزشی) شهر قزوین در حین دریافت خدمت

✓ تعیین میانگین هزینه غیر مستقیم بیماران مراجعه کننده به مراکز سرپایی دانشگاهی (درمانگاه های بیمارستان های آموزشی) شهر قزوین در حین دریافت خدمت

✓ تعیین عوامل تاثیر گذار بر هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بیماران مراجعه کننده به مراکز سرپایی دانشگاهی (درمانگاه های بیمارستان های آموزشی) شهر قزوین

✓ تعیین وزن هریک از انواع هزینه ها در هزینه کل بیماران مراجعه کننده به مراکز سرپایی دانشگاهی (درمانگاه های بیمارستان های آموزشی) شهر قزوین

مواد و روش کار

نوع پژوهش: این مطالعه از نظر روش تجزیه و تحلیل؛ توصیفی - تحلیلی، از نظر هدف کاربردی، از لحاظ مدت زمان انجام مطالعه مقطعی است. همچنین، از نظر روش جمع آوری داده ها پیمایشی است.

جامعه پژوهش: منظور از مراکز سرپایی دانشگاهی در این مطالعه، درمانگاه های تخصص داخلی مراکز آموزشی درمانی شهر قزوین می باشد. جامعه آماری مطالعه، میانگین تعداد بیمارانی که در مدت یک ماه در سال گذشته به متخصص داخلی مراجعه کرده بودند، می باشد. بر این اساس، متوسط مراجعین یک ماه به درمانگاه تخصص داخلی بیمارستان بوعلی سینا و ولایت در سال گذشته (۹۵)، به ترتیب ۸۸۰ و ۷۲۰ نفر بوده است. بنابر این جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل ۱۶۰۰ نفر از مراجعین سرپایی به این دو درمانگاه داخلی بود.

نمونه پژوهش: نمونه ی مورد مطالعه، از بین بیماران سرپایی مراجعه کننده در یک ماه، به درمانگاه های تخصص داخلی دو بیمارستان ولایت و بوعلی سینا انتخاب شده بودند.

مواد و روش کار

حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۱۰ نفر تعیین شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه به دلیل عدم بازگشت و در نظر گرفتن ۱۰٪ به دلیل احتمال ریزش نمونه، ۳۱ نفر نیز افزوده و در مجموع ۳۴۱ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد.

از انجایی که جامعه مورد مطالعه از چند بیمارستان تشکیل شده و تعداد مراجعین به هر یک از بیمارستان ها متفاوت بود. از روش نمونه گیری مرحله ای (طبقه ای-تصادفی) استفاده شد.

ابزار گرد آوری داده ها: در این مطالعه، از پرسشنامه برای جمع آوری داده ها استفاده شد. این پرسشنامه از دو پرسشنامه اقتباس شده و به علاوه مرور مطالعاتی که در فصل دوم در قسمت طبقه بندی هزینه ها بیان شد، نیز دخالت داده شده تا داده های مورد نیاز مطالعه حاضر، جمع آوری گردد.

مواد و روش کار

روایی ابزار: محتوی پرسشنامه طراحی شده، مورد مطالعه اساتید راهنما و مشاور، متخصصین مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و متخصصین داخلی قرار گرفت. پس از دریافت نظرات آن ها، پرسشنامه اصلاح گردید و روایی صوری پرسشنامه تایید شد. شاخص های روایی محتوایی که شامل CVI و CVR می باشد به ترتیب، ۸۷/۰ و ۸۵/۰ بود. قبل از جمع آوری داده ها، روی ۱۰ نفر از بیماران پایلوت شد و ابهامات پرسشنامه شناسایی و برطرف گردید.

پایایی ابزار: مفهوم اصلی پایایی به معنی کسب نتایج یکسان در افراد مشابه در صورت تکرار مطالعه، می باشد (۸). چون متغیر مورد مطالعه هزینه می باشد که هیچ ارتباطی به نگرش و طرز فکر فرد مورد مطالعه ندارد و همچنین از آنجایی که برای دریافت اطلاعات هزینه ای از افراد مورد مطالعه از نسخ درمانی آن ها نیز استفاده شده است بنابر این احتمال نتیجه متفاوت با تکرار مصاحبه از افراد یکسان خیلی ضعیف می باشد. به عبارتی برای هر فرد با تکرار مصاحبه عدد هزینه ای مشابهی به دست خواهد آمد.

به علاوه، عنوان شده که پایایی داده های خود گزارشی در بحث هزینه ها، به قابل درک و فهم بودن سوالات برای بیمار وابسته است (۹). به عبارتی، قابل فهم بودن سوالات برای بیماران در بحث پایایی هزینه ها، کفایت می کند.

مواد و روش کار

روش گردآوری داده ها:

داده های مطالعه، به روش غلطانی (در طول یک ماه)، در دی ماه سال ۱۳۹۶ جمع آوری شد. برای جمع آوری داده های مورد نیاز مطالعه، سوالات پرسشنامه به روش مصاحبه رو در رو و مشاهده نسخ بیماران انجام شد. داده های هزینه ای بیماران که مربوط به گذشته بود از بیماران پرسیده و جهت اطلاع از هزینه های آن روز بیماران، مشاهده نسخ صورت گرفت. در نسخ بیماران، بر اساس نوع دارو یا تست هایی که برای بیمار تجویز شده هزینه آن ها توسط محقق استخراج و اطلاعات هزینه ای بیماران تکمیل می گردد.

مواد و روش کار

داده های مربوط به هزینه غیر مستقیم به صورت غیر پولی بوده و با استفاده از رویکرد سرمایه انسانی و فرمول های زیر، به ارزش ریالی تبدیل شدند تا قابل محاسبه گردند.

در این مطالعه، محاسبه درآمد از دست داده به دلیل غیبت از کار بیمار، به ترتیب زیر انجام شد.

$$\text{Value of everyday work} = I / \text{NWD}$$

$$\text{Value of every hour of work} = I / \text{NWH}$$

سپس درآمد از دست داده روزهای غیبت از کار با فرمول زیر مورد محاسبه قرار گرفت.

$$\text{Lost income} = \text{VDW} * \text{NDA}$$

$$\text{Lost income} = \text{VHW} * \text{NHA}$$

مواد و روش کار

برای محاسبه درآمد از دست رفته بیمار به دلیل کاهش کارایی در محل کار و به دلیل بیماری، به ترتیب مراحل زیر انجام شد:

➤ ابتدا میزان روز کاری که با اختلال کار کرده محاسبه شده و سپس در ارزش هر روز کار ضرب شده و درآمد از دست رفته در این قسمت، به ازای روز با اختلال محاسبه شد.

تعداد روزهای بیماری * $[1 - (\text{امتیاز کارایی} / 10)]$ * تعداد ساعات هر روز کار = روز کاری با اختلال

تعداد روز کاری با اختلال * ارزش هر روز کار = درآمد از دست داده به دلیل کاهش کارایی در محل کار

➤ همچنین جهت محاسبه درآمد از دست داده به دلیل کاهش کارایی در محل کار بر اساس ساعت، به شکل زیر انجام شد.

تعداد روز کاری با اختلال * ۸ = تعداد ساعات با اختلال

تعداد ساعات با اختلال * قیمت (ارزش) هر ساعت کار = درآمد از دست داده به دلیل روزهای بیماری

مواد و روش کار

➤ همچنین جهت محاسبه درآمد از دست داده همراه و مراقبت کننده در منزل، به دلیل غیبت از کار، از فرمول زیر استفاده شد.

Value of everyday work = $I / 26$

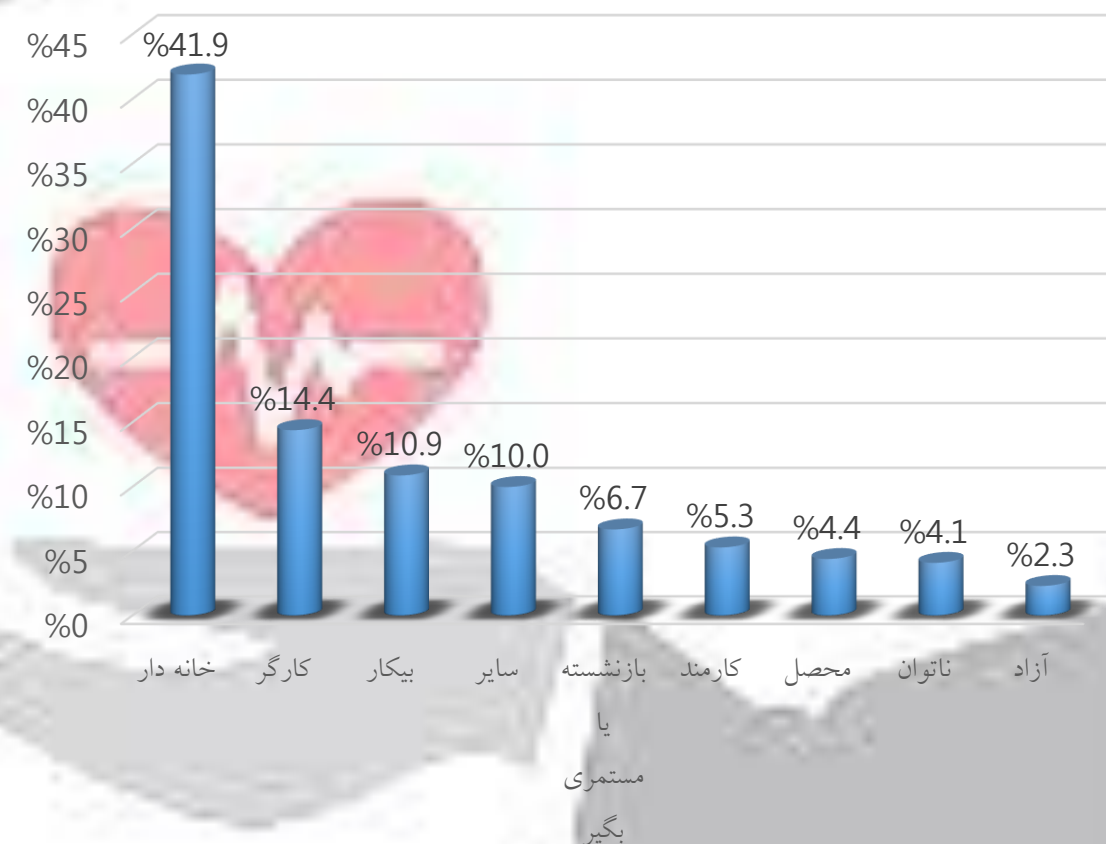
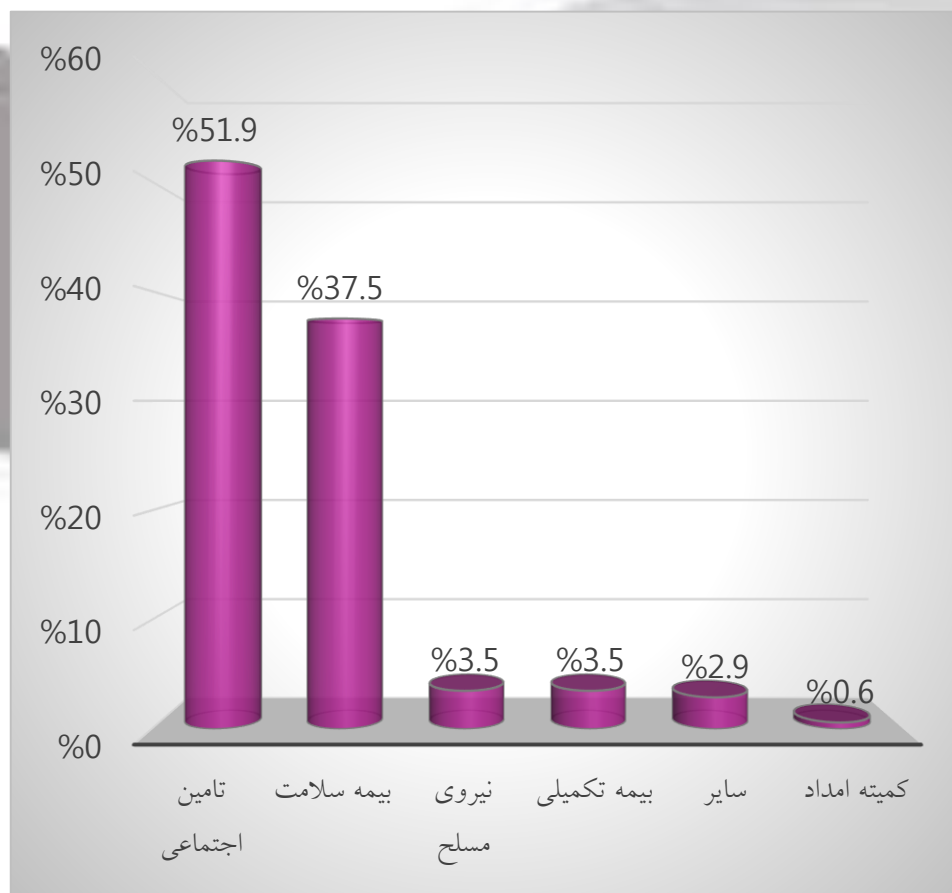
Value of every hour of work = Value of everyday work / 8

➤ سپس داده ها وارد نرم افزار Excel شده و به دنبال آن با نرم افزار های Spss 21 و مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

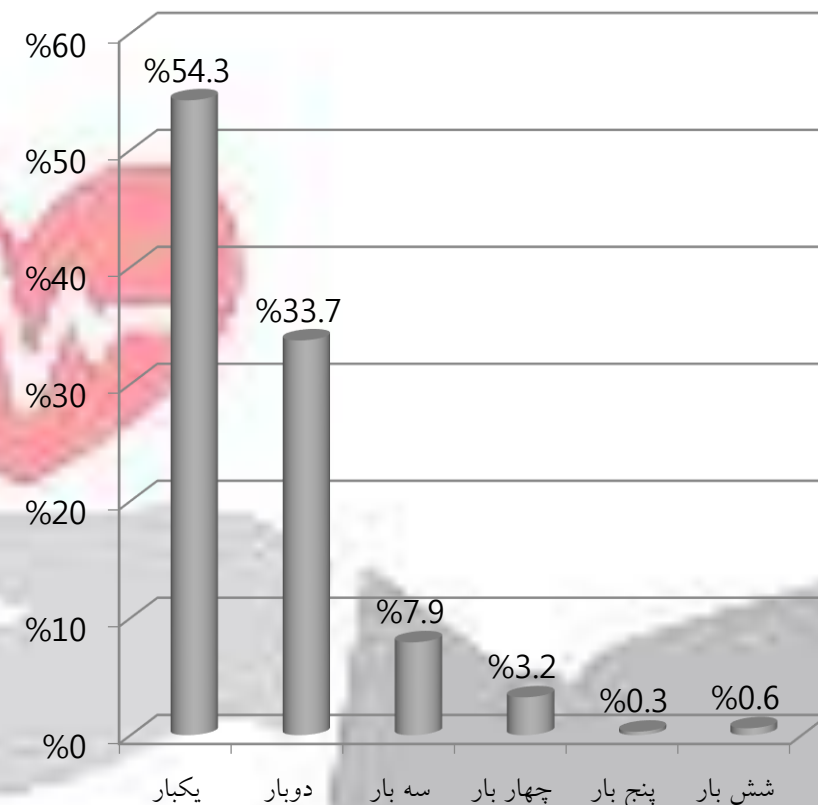
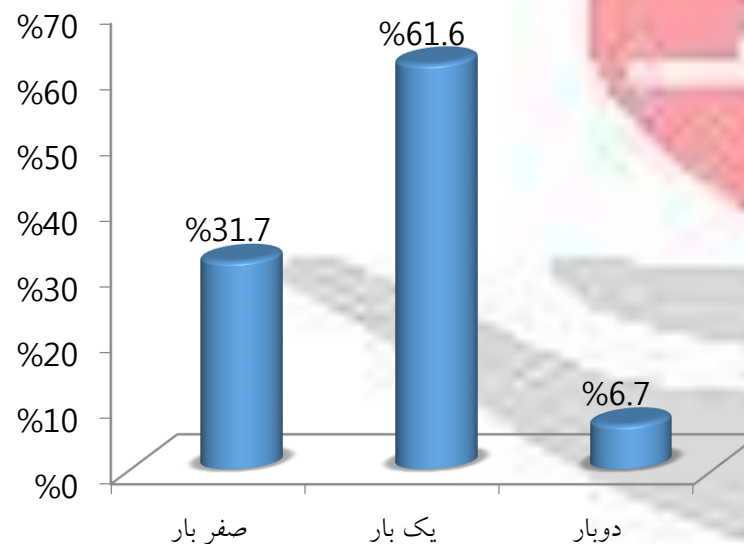
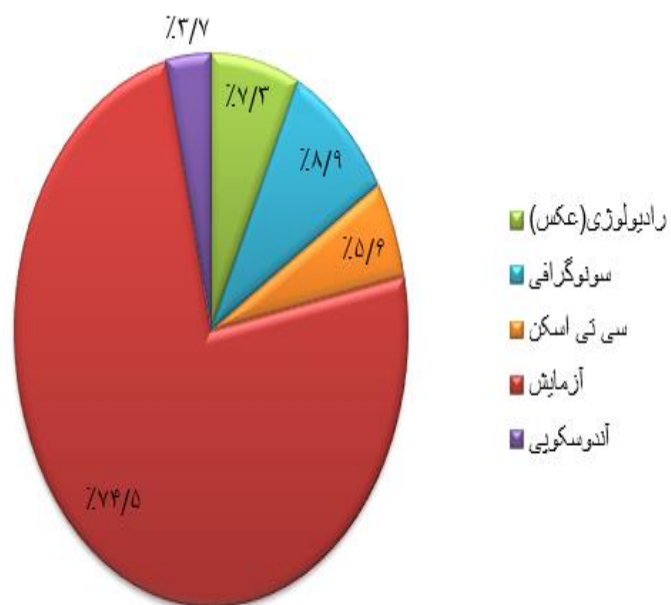
یافته ها

نمودارهای زیر، درصد فراوانی شغل، نوع بیمه بیماران مورد مطالعه را نشان می دهد.



یافته ها

نمودارهای زیر، از راست به چپ، به ترتیب مربوط به، درصد فراوانی دفعات مراجعه، دفعات خرید دارو و درصد فراوانی نسبی تست های تشخیصی – آزمایشگاهی بیماران مورد مطالعه را نشان می دهد.



یافته های مربوط به درآمد بیماران

جدول ۱۰-۴: شاخص های توصیفی مربوط به درآمد بیماران مورد مطالعه

درآمد	میانگین (ریال)	میان (ریال)	انحراف معیار (ریال)
	545000	0	8490
	0		000

جدول ۱۲-۴: شاخص های توصیفی مربوط به درآمد بیماران مورد مطالعه دارای درآمد

درآمد	میانگین (ریال)	میان (ریال)	انحراف معیار (ریال)
	۱۶۸۹۴۵	۱۶۰۰۰۰	۵۴۵۸
	۴۰	۰۰	۲۹۰

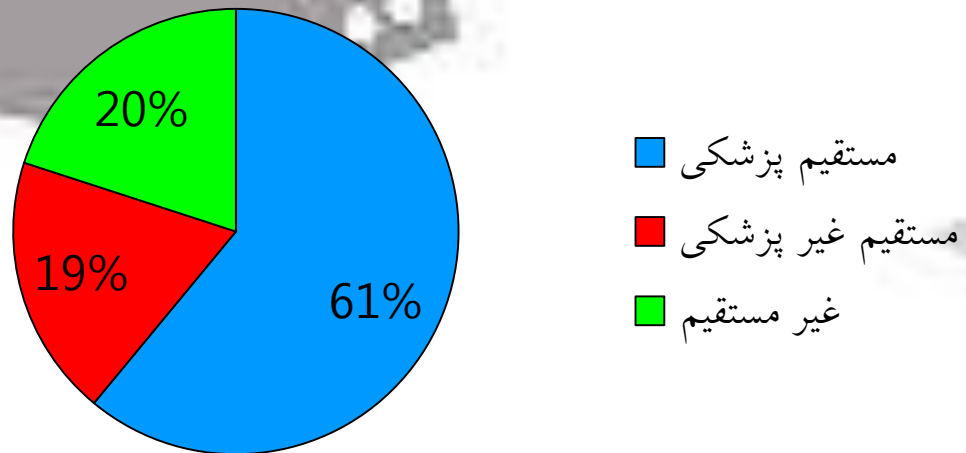
جدول ۱۱-۴: توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر اساس درآمد در ازای کار

درآمد	فراوانی	درصد
افراد دارای درآمد	۱۱۰	۳۲/۳
	۲۳۸	۶۷/۷

یافته های هزینه ای



هزینه	میانگین (ریال)	میان (ریال)	انحراف معیار (ریال)	سهم از هزینه کل (%)
هزینه مستقیم	1710000	1250000	1500000	۸۰
هزینه غیر مستقیم	۴۲۰۰۰۰	۰	۹۸۰۰۰۰	۲۰
هزینه کل	۲۱۳۰۰۰۰	۱۵۹۰۰۰۰	۱۹۱۰۰۰۰	۱۰۰



نمودار ۹-۴: سهم انواع هزینه ها از هزینه کل

شاخص های توصیفی هزینه های مستقیم بیماران مورد مطالعه

هزینه	پارامترها	میانگین هزینه (ریال)	میانه (ریال)	انحراف معیار (ریال)	سهم از مجموع هزینه مستقیم (%)
مستقیم پزشکی	ویزیت	۶۸۰۰۰	۴۲۰۰۰	۳۶۰۰۰	۴
	دارو	۳۷۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰	۳۹۰۰۰۰	21/5
	تست های تشخیصی - آزمایشگاهی	۸۶۰۰۰۰	۷۳۰۰۰۰	۹۳۰۰۰۰	50/3
مستقیم غیرپزشکی	رفت و آمد	۳۱۰۰۰۰	۱۶۰۰۰۰	۴۷۰۰۰۰	18/2
	اسکان	۲۷۰۰۰	۰	۱۹۰۰۰۰	1/5
	خورد و خوراک	۷۵۰۰۰	۰	۲۰۰۰۰۰	4/5
مجموع هزینه مستقیم		۱۷۱۰۰۰۰	۱۲۵۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰	۱۰۰

شاخص های توصیفی هزینه های غیر مستقیم بیماران مورد مطالعه

هزینه	پارامترها	میانگین هزینه (ریال)	میانه (ریال)	انحراف معیار (ریال)	سهم از مجموع هزینه غیر مستقیم (%)
هزینه غیر مستقیم (زیان بهره وری)	درآمد از دست داده بیماران	۳۱۵۰۰۰	۰	۸۹۰۰۰۰	75
	درآمد از دست داده همراه	۷۵۰۰۰	۰	۲۶۰۰۰۰	17/8
	درآمد از دست داده مراقبت کننده	۳۰۰۰۰	۰	۳۱۰۰۰۰	7/2
مجموع هزینه غیر مستقیم (زیان بهره وری)		۴۲۰۰۰۰	۰	۹۸۰۰۰۰	۱۰۰

یافته های تحلیلی



یافته های تحلیلی مربوط به مقایسه میانگین ها

جدول : مقایسه میانگین هزینه ها در دو گروه زن و مرد

سطح معنا داری	مرد		زن		هزینه ها
	انحراف معیار (ریال)	میانگین (ریال)	انحراف معیار (ریال)	میانگین (ریال)	
sig					
۰/۰۲	۱۸۲۳۵۴۰	۱۹۶۱۳۶۰	۱۲۴۹۶۰۰	۱۵۵۴۴۳۰	هزینه مستقیم
۰/۰۰	۱۳۲۹۱۲۰	۷۵۹۵۰۰	۶۰۲۲۰۰	۲۱۶۰۵۰	هزینه غیر مستقیم
۰/۰۰	۲۳۶۳۵۵۰	۲۷۲۰۸۷۰	۱۴۶۷۰۱۰	۱۷۷۰۴۸۰	هزینه کل

جدول: مقایسه میانگین هزینه ها بین گروه های سنی، وضعیت تاهل، شغل، بیمه و تحصیلات

متغیر ها	سطح معنا داری در مانگین هزینه مستقیم	سطح معنا داری در میانگین هزینه غیر مستقیم	سطح معنا داری در میانگین هزینه کل
سن	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
وضعیت تاهل	—	—	—
شغل	—	۰/۰۰	۰/۰۰
بیمه	—	۰/۰۰	—
تحصیلات	—	۰/۰۰	—

یافته های تحلیلی مربوط به نتایج مدل رگرسیونی

آماره های خوبی برازش مدل رگرسیونی هزینه کل

مدل	n	df	Adjusted R ²	F	Sig.
مدل هزینه کل	۳۴۱	۵	۰/۶۴۶	۱۲۵/۵۷۱	۰/۰۰۰

مدل رگرسیونی عوامل موثر بر هزینه کل

Collinearity Statistics	Sig.	t	Standardized Coefficients	مدل
			Beta	
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۸/۰۲۰	۰/۹۳۵	سن
۲/۶۶۶	۰/۰۰۰	۴/۵۳۰	۰/۱۸۴	جنسیت
۶/۸۳۱	۰/۰۲۰	-۲/۳۴۷	-۰/۲۷۷	تحصیلات
۵/۹۵۵	۰/۴۷۳	-۰/۷۱۸	-۰/۰۵۹	وضعیت تاهل
۹/۳۶۵	۰/۷۰۸	۰/۰۶۵		شغل
	۰/۴۸۰			

یافته های تحلیلی مربوط به نتایج مدل رگرسیونی

آماره های خوبی برازش مدل رگرسیونی هزینه مستقیم

مدل	n	df	Adjusted R ²	F	Sig.
مدل هزینه مستقیم	۳۴۱	۵	۰/۶۷۰	۱۳۹/۵۷۷	۰/۰۰۰

مدل رگرسیونی عوامل موثر بر هزینه مستقیم

Collinearity Statistics	Sig.	t	Standardized Coefficients	مدل
			Beta	
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۰/۱۲۷	۱/۱۴۰	سن
۲/۶۶۶	۰/۰۴۸	۱/۹۸۹	۰/۰۷۸	جنسیت
۶/۸۳۱	۰/۰۲۱	-۲/۳۲۲	۰/۲۶۵	تحصیلات
۵/۹۵۵	۰/۳۱۸	-۰/۹۹۹	-۰/۰۷۹	وضعیت تاهل
۹/۳۶۵	۰/۵۲۶	-۰/۶۳۵	-۰/۰۵۷	شغل

یافته های تحلیلی مربوط به نتایج مدل رگرسیونی

آماره های خوبی برازش مدل رگرسیونی هزینه غیر مستقیم

مدل	n	df	Adjusted R ²	F	Sig.
مدل هزینه غیر مستقیم	۳۴۱	۵	۰/۲۱۷	۱۹/۹۳۹	۰/۰۰۰

مدل رگرسیونی عوامل موثر بر هزینه غیر مستقیم

Collinearity Statistics	Sig.	t	Standardized Coefficients	مدل
			Beta	
Condition Index				
۱/۰۰۰	۰/۶۴۷	۰/۴۵۹	۰/۰۸۰	سن
۲/۶۶۶	۰/۰۰۰	۵/۴۰۶	۰/۳۲۶	جنسیت
۶/۸۳۱	۰/۳۰۹	-۱/۰۱۹	-۰/۱۷۹	تحصیلات
۵/۹۵۵	۰/۹۳۱	۰/۰۸۷	۰/۰۱۱	وضعیت تاهل
۹/۳۶۵	۰/۰۳۲	۲/۱۴۹	۰/۲۹۵	شغل

بحث و نتیجه گیری

□ میانگین هزینه کل در مطالعه حاضر، ۲۱۳۰۰۰۰ ریال بود. علت تفاوت با نتایج پژوهش های گذشته، می تواند به اینکه بیمار، سرپایی است و یا بستری و اینکه نوع بیماری می تواند در میزان هزینه کل تغییر ایجاد نماید، بستگی داشته باشد. بعلاوه پارامترها و طبقه بندی هزینه ها نیز ممکن است در مطالعات مختلف متفاوت باشد و باعث تفاوت در هزینه ها شود.

□ میانگین هزینه مستقیم پزشکی ۱۳۰۰۰۰۰ ریال و معادل ۶۱ درصد از هزینه کل بود. هزینه های مستقیم پزشکی، بخش اعظم هزینه کل را تشکیل داده بود و این موضوع نشان دهنده آنست که هزینه هایی که بیماران به طور مستقیم برای تشخیص و درمان بیماری می پردازند بخش بزرگ تری از هزینه های بیماران بوده است.

□ علت تفاوت میان نتایج مطالعه حاضر با سایر پژوهش ها می تواند به این دلیل باشد که هزینه های مستقیم پزشکی متاثر از نوع بیماری، شدت و وخامت بیماری است. به عبارت دیگر بسته به نوع بیماری و شدت بیماری، این هزینه ها می تواند تغییر کند و افزایش یا کاهش یابد.

بحث و نتیجه گیری

متوسط هزینه مستقیم غیر پزشکی ۴۱۰۰۰۰ ریال و معادل ۱۹ درصد از هزینه کل بود. همچنین، در این قسمت می توان به این نکته اشاره کرد که هزینه رفت و آمد بیش از سایر هزینه ها بود.

می توان اینطور عنوان نمود که بیماران برای دریافت خدمات و رسیدن به مرکز مورد نظر، مجبور به پرداخت هزینه رفت و آمد هستند و ممکن است از نیاز خود که خورد و خوراک باشد بکاهند. لازم به ذکر است که در قسمت هزینه های مستقیم غیر پزشکی، بحث دسترسی به خدمات موضوع حائز اهمیتی است چرا که هر چه خدمات برای افراد در دسترسی تر باشد این هزینه ها کمتر خواهد بود و به علاوه برای بیماران بستری، میزان این هزینه ها ممکن است متفاوت باشد.

متوسط هزینه غیر مستقیم ۴۲۰۰۰۰ ریال و معادل ۲۰ درصد از هزینه کل بود. همچنین در مطالعه حاضر، ۷۵ درصد از هزینه غیر مستقیم، مربوط در آمد از دست داده بیماران بود. علت تفاوت نتایج مطالعات دیگر با مطالعه حاضر، می تواند به این موضوع برگردد که بیماران سرپایی نسبت به بیماران بستری، غیبت از کار کم تری داشته و در نتیجه در آمد کم تری از دست داده بودند. به علاوه، پارامتر هایی که در مطالعات مختلف جهت محاسبه هزینه غیر مستقیم در نظر گرفته شده، ممکن است متفاوت بوده و باعث تفاوت در نتایج شده است. برای مثال در مطالعه پاول و همکاران، برای محاسبه هزینه غیر مستقیم، علاوه بر در آمد از دست داده، هزینه مسافرت و زمان انتظار بیمار نیز محاسبه شده و باعث افزایش سهم هزینه غیر مستقیم شده است

بحث و نتیجه گیری

علت پایین بودن هزینه غیرمستقیم در این مطالعه را می توان به ۳ عامل نسبت داد. ۱) محاسبه هزینه غیر مستقیم بر اساس درآمد واقعی از دست داده ۲) سطح درآمد جامعه ۳) سطح اشتغال در جامعه. به عبارت دیگر در جوامعی که سطح درآمد ها پایین می باشد طبیعتا هزینه غیر مستقیم بیماری در آن جامعه پایین خواهد بود و هم چنین در جوامعی که سطح اشتغال پایین است و اشتغال کامل وجود ندارد؛ هزینه غیر مستقیم پایین خواهد بود. بنابر این هزینه غیر مستقیم در جوامع مختلف می تواند متفاوت باشد چرا که در کشورهای با سطوح درآمد بالا و سطح اشتغال کامل، هزینه غیر مستقیم بیماری به مراتب بیشتر خواهد بود.

بحث و نتیجه گیری

□ عامل سن، بر هزینه های مستقیم و هزینه کل موثر بود و ارتباط معنا دار مثبت داشت. به عبارت دیگر، هر چه سن افزایش یابد هزینه های مستقیم و هزینه کل افزایش می یابد. هر چه سن بیش تر شود، افراد بیشتر به خدمات سلامت نیاز پیدا می کنند و متحمل هزینه می شوند.

□ ارتباط عامل جنسیت با هزینه های مستقیم و غیر مستقیم نشان داده که هزینه های مستقیم و غیر مستقیم و هزینه کل، در مردان بیش تر بود.

□ در خصوص اینکه هزینه های مستقیم در مردان بیش تر بوده می توان به این دلیل اشاره نمود که مردان در مقایسه با زنان، دیرتر برای دریافت خدمات سلامت مراجعه می نمایند و در نتیجه در مراحل که هزینه های درمان بیماری بالاست مراجعه می کنند و این سبب افزایش هزینه های مستقیم در مردان می شود. در خصوص چرایی اینکه هزینه غیر مستقیم در مردان بیش تر بوده، می توان به این دلیل اشاره کرد که مردان بیش تر در محیط های کاری حضور داشته و بیماری سبب می شود تا از کار غیبت کنند و در نتیجه هزینه غیر مستقیم افزایش یابد.

بحث و نتیجه گیری

□ ارتباط بین تحصیلات با هزینه مستقیم و کل، ارتباط منفی معنا دار بود. یعنی با کاهش تحصیلات، هزینه های مستقیم و کل افزایش می یابد. به نظر می رسد افراد با سطح تحصیلات پایین تر، به مسائل بهداشتی و سلامت کمتر اهمیت می دهند و دیرتر مراجعه می کنند. در نتیجه خطر ابتلا به بیماری در آنها بالاتر است بنابراین، احتمال استفاده از خدمات سلامت نیز در آنها بیشتر و هزینه مستقیم که جهت تشخیص و درمان بیماری است، بیشتر خواهد بود.

□ شغل با هزینه غیر مستقیم ارتباط معنادار مثبت داشت. به عبارت دیگر، دارا بودن شغل، هزینه غیر مستقیم را، افزایش می دهد. زیرا افراد در اثر بیماری از کار خود غیبت کرده و به دنبال آن درآمد از دست داده و در نتیجه متحمل هزینه غیر مستقیم می شوند.

□ در این مطالعه، هزینه مستقیم ۸۰ درصد و هزینه غیر مستقیم ۲۰ درصد از هزینه کل را تشکیل داده بود. در پژوهش های مختلف، سهم هزینه ها از هزینه کل متفاوت بود. تفاوت بین سهم هزینه ها از هزینه کل در پژوهش های مختلف، می تواند به دلایلی اعم از، تفاوت در نوع بیماری بیماران و شدت و وخامت بیماری و همچنین تفاوت در پارامتر های در نظر گرفته شده برای محاسبه انواع هزینه ها باشد.

نتیجه گیری

بر اساس میانگین درآمد کل نمونه که ۵۴۵۰۰۰۰ ریال و هزینه مستقیم ۱۷۱۰۰۰۰ و هزینه کل ۲۱۳۰۰۰۰ بود. نسبت هزینه مستقیم (پرداخت از جیب) و هزینه کل به درآمد، به ترتیب، تقریباً ۳۲ و ۳۹ درصد است.

میانگین درآمد افراد دارای درآمد ۱۶۸۹۰۰۰۰ ریال و هزینه مستقیم ۱۷۱۰۰۰۰ و هزینه کل ۲۱۳۰۰۰۰ بود. نسبت هزینه مستقیم (پرداخت از جیب) و هزینه کل به درآمد، به ترتیب، تقریباً ۱۰/۵ و ۱۲/۵ درصد است.



پیشنهادات

- طراحی و اجرای مطالعه مشابه در جامعه بیماران بستری
- انجام مطالعه مقایسه ای در بین بیماران سرپایی بخش دولتی و خصوصی
- طراحی راهنما و گایدلاین کشوری جهت تعیین ارزش هر ساعت و هر روز افراد در جامعه

١. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. Iranian journal of public health. 2012;41(9):62.
٢. Somkotra T, Lagrada LP. Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment: experience from the transition to Universal Coverage in Thailand. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2027-35.
3. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. The Lancet. 2006;368(9549):1828-41.
4. Telser H, Fischer B, Leukert K, Vaterlaus S. Healthcare expenditure and illness-related costs. Interpharma / Polynomics: Interpharma, Association of research-based pharmaceutical companies in Switzerland, Basel; 2011.
٥. Bouwmans C, Roijen LH-v, Koopmanschap M, Krol M, Severens H, Brouwer W. Manual Productivity Costs Questionnaire. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment Erasmus Universiteit Rotterdam; 2013. 1-41 p.
٦. Cost of Non-Communicable Diseases [Internet]. 2011. Available from: URL:[www.ifpma.org/fileadmin/.../2 PFCD-Cost-of-NCDs 8.5x11.pdf/](http://www.ifpma.org/fileadmin/.../2_PFCD-Cost-of-NCDs_8.5x11.pdf/).
٧. Farokhi M, Holakouie K, Haghdoost A, Emami A. Cost Analysis for Cancer Subgroups in Kerman, IRAN. Iranian Journal of Epidemiology. 2012;8(1):62-70.

امام علی (علیه السلام):

هر کس در برابر
خوبی ای که به او
شده همانند آن را
انجام دهد آن را
تلافی کرده است
و اگر بیشتر از آن
خوبی کند،
سپاسگزاری
نموده است.

منبع: کافی (ط-الاسلامیه) ج ۴، ص ۲۸، ح ۱

سپاسگزاری